

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

# THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

---

**M<sup>me</sup> le Docteur VAUDET-BRUN**

**Née Amable NEVEUX**

A ARRAS (Pas-de-Calais), le 9 Juillet 1880

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

---

## CONTRIBUTION

à l'étude de

## L'ANOREXIE NERVEUSE DU NOURRISSON

---

*Président de Thèse : M. le Professeur MARFAN*

---

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, Boulevard Saint-Germain, 91

---

1921

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER

|                                                      |   |                    |                   |
|------------------------------------------------------|---|--------------------|-------------------|
| Anatomie descriptive.....                            |   | MM.                | NICOLAS.          |
| Anatomie médico-chirurgicale.....                    |   |                    | CUNÉO.            |
| Histologie.....                                      |   |                    | PRENANT.          |
| Anatomie pathologique.....                           |   |                    | LETULLE.          |
| Chimie.....                                          |   |                    | DESGREZ.          |
| Physique.....                                        |   |                    | André BROCA.      |
| Parasitologie.....                                   |   |                    | BRUMPT.           |
| Bactériologie.....                                   |   |                    | BEZANÇON.         |
| Physiologie.....                                     |   |                    | RICHET.           |
| Pathologie expérimentale.....                        |   |                    | ROGER.            |
| Pathologie et thérapeutique générales.....           |   |                    | Marcel LABBÉ.     |
| Pathologie externe.....                              |   |                    | LECÈNE.           |
| Pathologie interne.....                              |   |                    | RÉNON.            |
| Pharmacologie.....                                   |   |                    | POUCHET.          |
| Thérapeutique.....                                   |   |                    | CARNOT.           |
| Opérations et appareils.....                         |   |                    | Pierre DUVAL.     |
| Hygiène.....                                         |   |                    | Léon BERNARD.     |
| Médecine légale.....                                 |   |                    | BALTHAZARD.       |
| Histoire de la médecine.....                         |   |                    | MÉNÉTRIER.        |
| Cliniques médicales....                              | { | Hôtel-Dieu.....    | GILBERT.          |
|                                                      |   | Beaujon.....       | CHAUFFARD.        |
|                                                      |   | Cochin.....        | WIDAL.            |
| Clinique thérapeutique de                            | { | Saint-Antoine..... | ACHARD.           |
|                                                      |   | la Pitié.....      | VAQUEZ.           |
|                                                      |   | Hôtel-Dieu.....    | HARTMANN.         |
| Clinique chirurgicale..                              | { | Saint-Antoine..... | LEJARS.           |
|                                                      |   | Cochin.....        | DELBET.           |
|                                                      |   | Salpêtrière.....   | GOSSET.           |
| Clinique obstétricale...                             | { | Tarnier.....       | BAR.              |
|                                                      |   | Baudelocque.....   | COUVELAIRE.       |
|                                                      |   | Pitié.....         | BRINDEAU.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... |   |                    | JEANSELME.        |
| — des maladies infectieuses.....                     |   |                    | TEISSIER.         |
| — des maladies nerveuses.....                        |   |                    | P. MARIE.         |
| — des maladies mentales.....                         |   |                    | DUPRÉ.            |
| — infantile médicale.....                            |   |                    | NOBÉCOURT.        |
| — d'hygiène de la première enfance.....              |   |                    | MARFAN.           |
| — infantile chirurgicale.....                        |   |                    | Auguste BROCA.    |
| — des voies urinaires.....                           |   |                    | LEGUEU.           |
| — gynécologique.....                                 |   |                    | FAURE.            |
| — ophtalmologique.....                               |   |                    | DE LAPERSONNE.    |
| — oto-rhino-laryngologique.....                      |   |                    | SEBILLEAU.        |
| Physiologie appliquée à l'éducation physique.....    |   |                    | LANGLOIS, agrégé. |
| Stomatologie.....                                    |   |                    | FREY.             |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

|              |              |                    |            |
|--------------|--------------|--------------------|------------|
| MM.          | DESMARETS.   | LAIGNEL-LAVASTINE. | PHILIBERT. |
| ABRAMI.      | DUVOIR.      | LARDENNOIS.        | RATHERY.   |
| ALGLAVE.     | FIESSINGER.  | LE LORIER.         | RETTYER.   |
| BASSET.      | GARNIER.     | LEMIERRE.          | RIBIERRE.  |
| BAUDUIN.     | GOUGEROT.    | LEREBoullet.       | RICHAUD.   |
| BLANCHETIÈRE | GUENIOT.     | LEQUEUX.           | ROUSSY.    |
| BRANCA.      | GUILLAIN.    | LERI.              | ROUVIÈRE.  |
| CAMUS (J.).  | GUILLEMINOT. | LÉVY-SOLAL.        | SCHWARTZ.  |
| CHEVASSU.    | GRÉGOIRE.    | MATHIEU.           | TANON.     |
| CHAMPY.      | HEITZ-BOYER. | METZER.            | TERRIEN.   |
| CHIRAY.      | JEANNIN.     | MOCQUOT.           | TIFFENEAU. |
| CLERC.       | JOYEUX.      | MULON.             | VILLARET.  |
| DEBRÉ.       | LABBÉ (H.).  | OKINCZYC.          |            |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MARI

*A mon Président de Thèse :*

M. le PROFESSEUR MARFAN

avec l'expression de ma reconnaissance

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX :

- MM. le Professeur agrégé BROCA (externat 1906) ;  
le Docteur TAPRET (externat 1907) ;  
le Docteur MILIAN (internat provisoire 1908) ;  
le Docteur LABADIE-LAGRAVE, *in memoriam* (internat 1909) ;  
le Docteur BELIN, *in memoriam* (internat 1910) ;  
le Docteur BALZER (internat 1910) ;  
le Docteur TISSIER (internat 1911) ;  
le Docteur GUINON (internat 1912) ;

- A MM. le Docteur PORAK, *in memoriam* ;  
le Professeur agrégé POTOCKI ;  
M<sup>me</sup> LEFEBVRE-HÉNAULT ;  
le Docteur LEGENDRE ;  
le Docteur CAMPENON ;  
le Docteur O. MACÉ.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

# INTRODUCTION

---

L'anorexie nerveuse du nourrisson est un syndrome clinique caractérisé par une inanition progressive, résultant du refus intermittent, puisque presque permanent de l'alimentation.

En octobre 1912, j'eus à soigner une anorexie nerveuse, à allure grave, chez un nourrisson. Le cas fut considéré comme tout à fait rare et extraordinaire, et l'on ne put me donner une ligne de conduite comme pour la plupart des états connus.

Je parlai de gavage ; on me conseilla l'isolement comme étant le seul moyen classique. Ce moyen ne donna aucun résultat. Je redemandai l'essai du gavage, ayant surtout la crainte de voir l'enfant descendre trop bas pour être remontée ensuite.

On fit cet essai sans grande conviction et en me laissant entrevoir un pronostic très sombre. Cependant, je persévérai, et après des mois de patience l'enfant reprit une alimentation normale.

Tous les détails de cette observation m'ont frappée. J'ai essayé de les superposer à ceux qu'on trouve dans l'observation de Buffet-Delmas, dans celles de Forchheimer, de Crozet-Griffith, de Hallé, etc... J'ai noté aussi les remarques parfois très justes, faites par des mères intelligentes.

J'en suis arrivée aux conclusions suivantes : l'anorexie du nourrisson est assez fréquente quoique rarement assez grave pour nécessiter le gavage ; cependant on a vu des cas mortels. Il est au moins exagéré de la dénommer « nerveuse » ou « mentale », car elle paraît avoir comme origine un trouble fonctionnel de l'estomac, d'où une conception toute différente du syndrome, quant à l'étiologie et au pronostic.

Il y a intérêt, dans quelques cas, à savoir abandonner l'alimentation classique, en temps utile, pour offrir momentanément à l'estomac physiologiquement insuffisant, des aliments inusités, mais non nuisibles.

Le médecin est assez désemparé dans les cas graves, les traités classiques ne s'occupant guère que de l'anorexie de la puberté, et mentionnant seulement celle du nourrisson. Le traitement, d'ailleurs, est indiqué en trois mots : persuasion, isolement et gavage, si l'on ne peut faire autrement.

---

## I. — OBSERVATION PERSONNELLE

---

Il s'agit d'une enfant nourrie au sein pendant 4 mois, puis au biberon dont elle est peu vorace, et qu'elle délaisse peu à peu. Elle éprouve la même inappétence pour les bouillies, et finalement, à l'âge de 18 mois, elle arrive à se nourrir avec 300 ou 400 grammes de lait et quelques croûtes de pain.

L'isolement ne donne aucun résultat ; on est obligé de recourir au gavage pendant 8 mois — et l'enfant guérit.

Voilà bien le type de l'anorexie nerveuse du nourrisson ; mais si l'on suit l'observation détaillée, comme je vais la donner maintenant, on arrive à des conclusions différentes :

Henriette V..., née le 11 avril 1911, 10 jours avant le terme, pesant 2 k. 960.

Les parents sont de souche arthritique, mais avec des manifestations très légères et bénignes. Aucune tare nerveuse à signaler.

Pendant la grossesse, des troubles digestifs, mais ne gênant pas la vie habituelle.

L'enfant est très éveillée, tette bien, mais, par suite de gercures aux seins, la montée laiteuse est irrégulière, et la progression lente au début.

Le 30 avril, poids : 3.120.

Du 2 au 8 mai, diarrhée jaune liquide ; poids, 3.090.

Pesées successives :

|              |       |         |             |       |
|--------------|-------|---------|-------------|-------|
| 11 mai       | 3.175 | moyenne | quotidienne | + 28  |
| 18 mai       | 3.310 | —       | —           | + 19  |
| 24 mai       | 3.565 | —       | —           | + 42  |
| 28 mai       | 3.705 | —       | —           | + 35  |
| 4 juin       | 3.975 | —       | —           | + 38  |
| 11 juin      | 4.245 | —       | —           | + 38  |
| 21 juin      | 4.625 | —       | —           | + 38  |
| 28 juin      | 4.800 | —       | —           | + 25  |
| 8 juillet    | 4.825 | —       | —           | + 2,5 |
| 11 juillet   | 4.940 | —       | —           | + 28  |
| 17 juillet   | 5.060 | —       | —           | + 20  |
| 23 juillet   | 5.325 | —       | —           | + 44  |
| 25 août      | 5.700 | —       | —           | + 12  |
| 5 octobre    | 6.250 | —       | —           | + 13  |
| 9 nov.       | 6.700 | —       | —           | + 13  |
| 11 fév. 1912 | 7.700 | —       | —           | + 11  |
| 11 avril —   | 8.000 | —       | —           | + 5   |

Le 20 mai l'enfant a 9 dents.

*Dans le courant d'août*, les tétées étant irrégulières, par suite des occupations de la maman, on fait l'allaitement artificiel avec le lait Lepelletier.

A partir de ce moment, et sans troubles digestifs apparents, l'augmentation quotidienne ne dépasse guère 12 à 13 grammes par jour.

Les tétées se font toutes les 3 heures ; 6 par jour. L'enfant dort très bien la nuit, est très vive dans la journée. Une seule selle par jour, plutôt ferme.

A 8 mois, 2 dents.

L'enfant n'est pas gourmande de son biberon. Dès le début de 1912, c'est-à-dire à 9 mois, elle laisse souvent son biberon inachevé. Parfois elle l'attaque de bon appétit, puis s'arrête tout à coup : c'est un peu de crème qui bouche l'ouverture

de la tétine ; on l'enlève, et le biberon représenté à nouveau est repoussé avec dégoût, ou bien, alors, après quelques gorgées, il est à nouveau délaissé, sans motif.

On essaie de remplacer le lait Lepelletier par du lait bouilli, et pour plus de sécurité on emploie le lait de la Belle-Etoile. Le résultat n'est pas meilleur ; aussi, en 2 mois, l'enfant ne prend que 5 grammes en moyenne, et, le 11 avril 1912, à un an, elle pèse 8.000 grammes.

On essaie aussi la farine lactée à l'eau, au lait, etc..., elle est acceptée au début, puis délaissée.

On met un jaune d'œuf dans le premier biberon du matin ; le tout est absorbé quelquefois, mais, en somme, la quantité quotidienne de lait diminue graduellement.

Cependant le bébé se développe ; à 13 mois, elle a 9 dents ; elle ne se plaint de rien.

On lui offre des croûtes de pain qu'elle accepte, mais ne veut pas de bouillie, ni sucrée, ni salée. On essaie le bouillon de légumes, le bouillon de poulet : quelques cuillerées sont prises, le reste repoussé.

A 16 mois, l'enfant marche seule ; elle est gaie, dort bien, mais ne vit que de croûtes de pain et à peine 300 à 400 grammes de lait par jour.

On veut lui faire absorber de force la bouillie ; elle se débat, lutte, recrache, et sort de ces tentatives, fatiguée, laissant la famille découragée et lasse.

On essaie de tous les artifices ; on fait boire au verre, à la cuiller, dans une pièce obscure, par une main étrangère ; parfois le biberon du soir est absorbé en partie, l'enfant étant à moitié endormie.

On ajoute quelques gouttes de vin rouge au bouillon de poulet, ce qui en fait accepter à plusieurs reprises.

Mon maître, le Docteur Guinon, examine l'enfant vers le 15 octobre 1912. Surpris de voir l'état général bon, la viva-

cité du sujet, le manque d'embonpoint et non la maigreur qu'il s'attendait à trouver dans ces conditions, il ne peut croire à cette anorexie qu'il croit exagérée et prend l'enfant dans son service.

Elle entre le 20 octobre, salle Labric ; on ne constate chez elle rien d'anormal, aucune tare. Elle est très calme, sauf quand on s'approche d'elle pour l'examiner. Elle refuse toute alimentation. On lui présente à la fois du lait et du Banyuls : elle repousse le premier verre et saisit l'autre.

On fait quelques lavages d'intestin qui ramènent des matières volumineuses et dures. Puis on essaie successivement et sans succès : la solution chlorurée alcaline, la soupe de viande, les farines laciées. L'enfant continue à dépérir et pèse à peine 9 k. 500. On lui fait des injections d'eau de mer : elle fait de la rétention chlorurée et devient bouffie.

Enfin, on la gave : 1° *avec du lait* : 4 heures après, la sonde introduite pour un nouveau gavage, ramène des grumeaux volumineux et durs qui bouchent ses orifices ;

2° *Avec la soupe de viande* : Il se produit dans l'estomac des glaires épaisses qu'on ramène avec la sonde au gavage suivant ;

3° *Avec la bouillie Fanfan* : La digestion se fait bien, cependant, quelquefois, le vomissement a lieu peu de temps après le gavage.

L'enfant se met à tousser ; la température atteint 38°4 ; on la rend à sa famille, le 30 octobre, atteinte d'une forte bronchite.

Elle ne tient plus sur ses jambes ; elle tousse sans arrêt et la fièvre persiste ; le gavage est devenu difficile parce que la toux survient en même temps et facilite le vomissement.

On ne peut la nourrir à la bouillie Fanfan, bien insuffisante à 18 mois. Le lait n'est pas digéré assez vite.

On essaie la Gastérine Frémont, mais son emploi est impossible.

On a recours au lait *cru* de la Belle-Etoile et la digestion se fait enfin. Puis, on épaisse le lait avec des crèmes de riz, d'orge, ou de la farine lactée; on emploie aussi le bouillon de légumes et la farine de lentilles.

Pour rendre les bouillies nutritives et quand même assez fluides pour la sonde n° 20, on les additionne de Maltea Moser.

Il faut que le gavage soit préparé à l'insu de l'enfant, que l'opération soit faite vivement, sans aucun obstacle à l'écoulement par la sonde (aucun grumeau), que celle-ci soit enlevée prestement, ainsi que l'ouvre-bouche, sinon le vomissement se produit. Et alors, il faut attendre 4 heures pour recommencer, car le peu de liquide resté dans l'estomac provoque le vomissement si la sonde est introduite pour un nouveau gavage.

Je dois noter que je n'ai jamais constaté (comme M. Weill, de Lyon), de spasme œsophagien gênant l'introduction de la sonde; il y avait seulement un réflexe nauséeux si la sonde était poussée lentement, avec hésitation.

L'enfant remarche, reprend du poids peu à peu, mais, pour la raison énoncée plus haut, si l'on tente de lui donner quelque aliment, le peu qu'elle prend éloigne le prochain gavage, aussi le dernier a lieu quelquefois à minuit, l'enfant étant à moitié endormie.

Presque chaque jour on lui donne un jaune d'œuf, et même un œuf entier, battu et ajouté au lait: la selle suivante est glaireuse; on ajoute 10 à 15 gouttes d'Aniodol interne, et cet inconvénient disparaît.

Enfin, on lui fait passer par la sonde d'autres aliments: cervelle, poisson. Pour ceux-ci il faut une préparation spéciale; les aliments étant cuits à l'eau sont dilacérés et pilés

dans un mortier stérilisé avec du sucre en poudre, filtrés à travers une gaze et ensuite dilués dans du lait.

Enfin, le 11 avril 1913, à 2 ans, le poids est de 11 k. 500; l'enfant a gagné plus de 2 kilos; elle est solide sur ses jambes, sans trace de rachitisme, sans aucune incontinence, même nocturne. On lui présente accidentellement une cuillerée de bœuf bouilli haché et elle y goûte. Le lendemain, elle accepte de la soupe de légumes très cuite et passée; les jours suivants du vermicelle à l'eau. On ne la gavage plus que 2 fois par jour, quand elle prend elle-même ces aliments.

Enfin, on l'envoie à la campagne où elle continue à prendre du vermicelle à l'eau, un œuf à la coque, du pain.

En juillet, soit près de 9 mois après le début, elle mange assez pour se passer de gavage, mais elle n'aime ni le lait pur, ni les bouillies, ni aucun aliment blanc rappelant le lait.

L'enfant, qui vient d'avoir 10 ans, est développée normalement; elle a supporté une rougeole grave, la coqueluche, et de nombreuses bronchites. Sa taille est plus que normale, son poids moyen. Elle mange régulièrement, digère bien, mais préfère la viande et les aliments ayant une saveur marquée: jambon, salade, etc., néanmoins elle accepte et digère ceux qu'on lui présente.

Elle est intelligente, très bien équilibrée, possédant un jugement remarquable pour son âge; elle n'a aucune manie, aucun tic. Sans doute ce n'est pas une molle lymphatique; elle discute, elle réagit, mais comme une personne raisonnable.

Pourquoi qualifier de « nerveuse » l'anorexie dont cette enfant a été atteinte?

Il est évident, ici, que l'inappétence a débuté d'une façon insignifiante dès qu'on a commencé l'allaitement artificiel, et qu'elle s'est aggravée progressivement. Si l'enfant prenait peu de son biberon, ou même le refusait, c'est parce que son

estomac n'était pas vide à l'heure de la tétée, c'est qu'il y restait probablement ces grumeaux ressemblant à du mastie et constatés plus tard par le sondage. L'enfant repoussait ensuite tous les aliments d'aspect lacté, les croyant aussi indigestes.

Elle n'a pas semblé supporter mieux la soupe de viande ; elle eut peut-être tiré bénéfice du jus de viande frais, certainement plus excitant pour la muqueuse stomacale.

Dès qu'elle a été en âge de supporter d'autres aliments que le lait et les farinés, son accroissement a été normal. Dès l'âge de 2 ans  $\frac{1}{2}$  elle a mangé presque chaque jour une côtelette d'agneau, sauf de temps en temps où l'on donnait à la place du poisson ; elle mangeait en quantité le fromage de gruyère et le fromage de Brie ; il lui est arrivé, assez souvent, d'en consommer 125 grammes en une journée. Son estomac digérait parfaitement tous ces aliments.

Je dois signaler que la réplétion rapide de l'estomac à chaque gavage n'a laissé aucune dilatation de l'organe ; l'enfant a, d'elle-même, réduit sa boisson à une demi-timbale par repas.

D'elle-même aussi, elle ajoute quelquefois, maintenant, du lait condensé aux potages ou aux purées.

## II. — OBSERVATION DU D<sup>r</sup> BUFFET-DELMAS

(Archives de Médecine de 1912)

---

Le Docteur Buffet-Delmas, professeur à l'Ecole de Médecine de Poitiers, dit en commençant :

« On distingue entre l'anorexie hystérique et l'anorexie « mentale.

« L'anorexie mentale n'est liée à aucune affection organique. Elle se voit surtout à partir de 12 ans, au moment « de l'établissement des menstrues. »

Ensuite il expose son observation personnelle « d'anorexie mentale » chez un nourrisson.

En voici le résumé :

Né le 1<sup>er</sup> juin 1906 — à terme — de parents bien portants; la mère a des antécédents arthritiques.

A la naissance l'enfant pèse 3.030, il prend le sein, mais avec peu d'appétit, il est distrait pendant la tétée.

A partir de 6 mois, on lui donne 2 tétées de lait de vache parce que la mère commence une nouvelle grossesse.

Le 18 mai 1907, il pèse 9.200 (il n'a pas un an).

Le 21 mai il refuse le sein. On essaie de lui donner un jaune d'œuf qui est mal toléré.

Le 21 août, première dent.

Le 19 septembre, il pèse 9.210 ! (il a pris 10 grammes en 3 mois).

Le 29 janvier 1908, poids 10 k. 125 ; il prend toujours un litre de lait pur, du pain, de l'eau ; il a 9 dents, il commence à marcher.

Le 21 avril 1908, il refuse la nourriture, il grignote du pain, boit un peu d'eau, ne veut pas de bouillon de légumes.

Le 6 juillet (il a plus de 2 ans) il pèse 9.000 ; il est maigre, ne tient plus debout, mais dort bien cependant.

Le 10 octobre 1908, l'état est tellement désespéré qu'on se résout au gavage avec un peu de lait, d'aliment Mellin et du sucre, qu'on introduit par la sonde n° 24 — matin et soir.

Le 23 octobre, poids 8.090.

Le 6 novembre, poids 8.690.

En janvier 1909, poids 10.630.

Fin février : On ajoute un œuf battu avec du sucre.

En août le gavage est porté à 300 grammes.

Mai 1910 : Poids 14.830 ; l'enfant croque du chocolat dans la journée. On commence à supprimer les gavages.

21 juin 1911 : L'enfant est guéri, mais il garde de l'incontinence d'urine.

Le 8 décembre 1911 : Poids 18.120 ; taille 1<sup>m</sup>11. Il a eu 2.050 gavages ; il mange maintenant du lait, laitages, bouillies, potages, œufs brouillés, cervelles, viande hachée, purées, confitures, pain, gâteaux secs.

S'agit-il, dans ce cas, d'une anorexie nerveuse ?

Il est permis d'en douter.

L'enfant n'avait pas naturellement un gros appétit ; cela existe chez bien des adultes qui ne sont pas spécialement des « nerveux ». La mère redevient enceinte 6 mois après ; il est possible qu'avec le développement de la grossesse le lait soit devenu quelque peu nocif pour le nourrisson, et qu'en mai 1907, alors que la grossesse était déjà bien avan-

cée, l'enfant s'en soit trouvé incommodé d'une façon quelconque et suffisamment pour y renoncer.

Certaines femmes sont intoxiquées par leur fœtus, et la glande mammaire se montre bien comme un émonctoire, dans certains cas. Donc, ce nourrisson a bien pu avoir une raison très valable pour refuser le sein de sa mère. Après cela, il continue à prendre du lait pur, mais il ne s'en arrange pas si bien, puisque, de mai à septembre, il ne gagne que 10 grammes !

Le mal s'aggrave progressivement ; au moment où l'on décide le gavage, le sujet vit d'un peu de pain et d'eau.

Il semble évident qu'il se soit établi, dans ce cas, une anorexie par insuffisance croissante des fonctions digestives.

L'anorexie nerveuse, l'anorexie mentale, l'anorexie hystérique, n'offrent pas le même tableau clinique ; elles débutent brusquement, pour une raison infime ; aussi l'isolement a des chances de les guérir, et même assez rapidement. On aurait pu isoler le sujet de Buffet-Delmas, je suis persuadée que le résultat aurait été aussi peu brillant que dans mon observation personnelle.

On m'objecte : mais si l'enfant refuse l'aliment par réflexe de défense pour son estomac impuissant, pourquoi le digère-t-il par gavage ?

— Parce que, au lieu d'alimenter l'enfant toutes les 3 heures, on le gavage 2 fois par jour, 3 fois au maximum, et qu'on réduit même le volume du repas.

Autre objection : La durée des gavages, 3 ans !! Le cerveau jouait donc bien le grand rôle !

— Rien de plus douteux ; chez les gens qui manquent d'appétit, si l'on introduisait dans l'estomac, le matin, l'aliment Mellin au lait, à midi l'aliment Mellin au lait, je ne crois pas que la muqueuse stomacale serait bien excitée.

D'autre part, pour exciter la gourmandise de l'enfant, et sans doute aussi pour le nourrir, on lui donnait du chocolat à croquer dans l'intervalle des gavages. Je ne sais si le choix de cet aliment était vraiment heureux, ayant toujours remarqué l'efficacité d'un petit morceau de chocolat pour calmer la sensation de faim.

---

### III. — OBSERVATION PERSONNELLE

---

Henriette M..., née le 1<sup>er</sup> novembre 1919, pesant un peu plus de 3.000 — à terme.

Rien de bien spécial dans les antécédents héréditaires, la mère fournit des tétées très insuffisantes (10 grammes en moyenne) qu'on complète avec du lait bouilli.

A 6 semaines, l'enfant atteinte de troubles digestifs, pèse 2.950. On a recours au citrate de soude, à la pepsine en paillettes, à la Kynosine, au lait Lepelletier. De plus, l'enfant tousse et il faut en même temps soigner la bronchite. Le poids monte péniblement à 3.000, l'appétit fait défaut.

On fait une injection sous-cutanée d'eau de mer, un soir vers 5 heures. L'enfant est prise d'un sommeil irrésistible, impossible de la faire boire; le lendemain elle se jette sur son biberon. Vers le troisième jour, l'appétit décroît; nouvelle injection suivie des mêmes effets, et ainsi de suite, de 3 en 3 jours.

On fait ainsi 7 injections, en augmentant progressivement les doses de 5 à 20 cmc.

Le 15 février : Poids, 3.430.

Puis, en quelques jours, apparaît une intolérance digestive complète ; on donne du lait d'ânesse.

Le 15 mars : Poids, 3.600. Par raison d'économie, on donne alors 2 tétées de lait d'ânesse et 5 de lait Lepelletier addi-

tionné d'eau de chaux, et enfin on passe au lait de la Belle-Etoile.

Peu de temps après, poussée de furonculose et inappétence. On refait 2 ou 3 injections de sérum Quinton, et tout s'arrange.

Le 12 avril 1920 : Poids, 4.100. Le 16 mai, 4.850.

Survient un nouvel accès : même thérapeutique et même succès.

Fin septembre 1920 : Poids, 6.430.

Fin février 1921 : Poids, 7.650.

L'enfant a 16 mois ; elle marche bien, son squelette n'offre aucun signe de rachitisme ; les fontanelles sont fermées, mais les dents manquent.

Ainsi, dans cette observation, à différentes reprises, bien plus nombreuses que je ne les ai indiquées, l'anorexie a menacé de s'installer. Après une période d'ascension régulière rassurante pour la famille, l'enfant arrivait, en quelques jours, à ne plus prendre qu'un ou deux biberons. Aussitôt après l'injection d'eau de mer et les heures de somnolence consécutive, l'enfant reprenait son biberon, son appétit et son poids.

Dans les derniers mois, surtout, une seule injection suffisait à réveiller la fonction, et pourtant le trouble n'était pas passager, car nous avons essayé quelquefois d'attendre le retour spontané de l'appétit, mais nous avons été obligée d'en arriver au traitement habituel.

On ne peut parler ici d'anorexie mentale : lors des premières piqûres l'enfant était si déprimée que je n'avais pas besoin d'aide pour la maintenir ; au moment des dernières, elle était suffisamment intelligente pour ne pas s'y exposer en refusant de manger.

La rapidité d'action de l'eau de mer et la constance de ses

effets m'avaient presque surprise, mais depuis j'ai trouvé le document suivant, dans un journal médical de mars 1913 :

« Quinton a particulièrement insisté, dans sa conférence  
« à la Sorbonne, sur la nécessité d'alimenter les enfants  
« dès l'institution du traitement marin. Dans 80 pour 100  
« des cas, les nourrissons, pris au dernier état de l'intolé-  
« rance digestive, acceptent et digèrent, une heure après  
« la première injection, un biberon calculé sur la ration  
« normale de leur poids et de leur âge. Les biberons  
« suivants, présentés à 2 ou 3 heures d'intervalle, sont  
« également acceptés. »

---

#### IV. — OBSERVATIONS DE DIVERS AUTEURS

---

FORCHHEIMER (*arch. août* 1908, d'après Comby, p. 506).

I. — Garçon d'un an ; parents nerveux ; élevé au sein.

*Sevrage à un an.* Refuse tout ; prend le sein une fois.

On le met à l'hôpital ; en 4 jours il n'y absorbe *absolument rien*. Il refuse le lait, le cacao, les céréales, les bouillies, les mets chauds ou froids.

On le gave avec 225 grammes de lait et de l'eau *de gruau*, avec tentatives répétées pour l'alimenter. Après 3 semaines, alimentation normale.

II. — Garçon de 3 ans. Les parents refusent l'isolement ; mort en quelques semaines.

CROZET-GRIFFITH.

III. — Garçon bien portant jusqu'à 9 mois.

Iléo colite pendant un mois.

Il prend le sein et du pain ; refuse l'alimentation à la cuiller.

*On le sèvre de force à 20 mois.* Il refuse tout. Après 4 semaines, on le gave 3 fois par jour avec du lait *peptonisé* ; il prend lui-même du pain. Cela dure 6 mois ; on gave avec du lait peptonisé, œuf cru, jus de bœuf. L'anorexie disparaît à 27 mois.

Dans les *Archives de* 1912, p. 938 :

Docteur CORDIER (d'après les *Annales de l'Institut de Pédi-culture de Bruxelles*, juillet et septembre 1912).

IV. — Fillette née en août 1911, à 7 mois, pesant 1.460 ; parents nerveux ; consanguinité.

Le 1<sup>er</sup> octobre, *changement de nourrice ; l'enfant manifeste peu d'appétit*, elle est distraite.

Le 17 février 1912, poids, 4.550 ; on présente un biberon, il est refusé.

Le 13 avril on essaie le sevrage : on est *obligé de rendre le sein*.

Le 21 avril, on tente à nouveau le sevrage : refus du lait et des bouillies.

Le 22 mai, on essaie encore, sans succès ; l'enfant tette lentement, insuffisamment.

Si l'état s'aggrave, il faudra recourir à la sonde.

V. — HALLÉ rapporte à la Société Médicale, le 26 janvier 1912, l'observation d'un enfant d'un an à peine, élevé au sein, qu'on essaya de sevrer. Il refusa tout, et l'isolement n'y fit rien.

On le gava pendant un mois, et ensuite l'infirmière arriva peu à peu à l'alimenter.

A ces observations nous ajouterions un grand nombre de cas analogues. Il s'agit, presque toujours, d'enfants au moment du sevrage et nourris *exclusivement* au sein jusque là.

Les observations ci-dessus manquent de détails au jour le jour, sur la façon dont on a essayé de faire le sevrage. On ne dit pas que l'enfant soit resté à jeun entre la dernière tétée au sein et le premier gavage. Il a refusé tout : lait, bouillie, etc., mais probablement après y avoir goûté et constaté que ces aliments étaient moins agréables à son palais et plus encombrants pour son estomac que ce lait de sein dont il pouvait *abuser* sans en être incommodé.

Le nourrisson se montre bien moins susceptible quand

il n'a pas été nourri exclusivement au sein jusqu'à un an et plus, parce que son estomac a déjà commencé à s'adapter à un autre lait ou à la bouillie, ou au bouillon de légumes.

Aussi, chez ces derniers, si l'appétit n'est pas féroce à la suite du sevrage, on voit quand même les choses s'arranger avec de la patience, du savoir-faire, l'aide du polichinelle qu'on fait danser à chaque cuillerée de bouillie, et ce qui est mieux encore, avec le changement d'air.

Chez les autres, d'après les observations précédentes, il a fallu recourir au gavage.

Forchheimer a gavé avec du lait et de l'*equ de gruau*; Crozet-Griffith avec du lait peptonisé, des œufs, du jus de bœuf.

Dans l'observation du Docteur Cordier, l'inappétence commence au bout de quelques semaines, à l'occasion d'un changement de nourrice. A ce moment, l'enfant ne paraît pas capable de faire de l'anorexie mentale; ce sont ses réflexes qui parlent. Le lait de la deuxième nourrice pouvait convenir moins bien que celui de la première; ceci n'a rien qui doive nous étonner.

L'expérience a montré souvent qu'un nourrisson stationnaire avec telle et telle nourrice se met à prospérer avec une autre, et cela en tenant compte, bien entendu, de nourrices donnant toute satisfaction quant à la quantité et à la composition chimique de leur lait.

Le fait est encore plus curieux lorsqu'il s'agit d'un enfant nourri par sa mère et qui ne commence à augmenter normalement que lorsqu'on a supprimé le sein maternel pour le remplacer par celui d'une nourrice mercenaire.

La chimie physiologique de l'estomac du nourrisson comporte des éléments qui échappent complètement à l'analyse.

Pourquoi l'enfant va-t-il mieux avec le lait d'une nour-

rice qu'avec celui de sa mère, qui doit, semble-t-il, être exactement approprié à son âge et à ses besoins ?

On pourrait répondre que la nourrice mercenaire, le plus souvent, se laisse vivre sans souci, occupée uniquement de ses fonctions, et que son lait peut avoir une composition toujours égale, tandis que la mère peut avoir des préoccupations, de la fatigue intellectuelle, du surmenage moral qui font varier la composition du lait et même le rendent toxique.

Mais comment expliquer qu'entre plusieurs nourrices dans des conditions identiques, l'une donne un résultat beaucoup plus satisfaisant ?

Beaucoup d'enfants digérant mal le lait de vache ordinaire vont très bien dès qu'on les met au lait Lepelletier; ils ne vomissent plus, digèrent bien, ont de belles selles.

Ayant mis au lait Lepelletier un nouveau-né de quinze jours dont la mère avait à peine de lait, on me dit qu'après chaque tétée de l'après-midi l'enfant pleurait pendant une heure et demie environ. J'eus l'occasion de le constater moi-même, et ayant aussitôt démailloté l'enfant, je vis l'estomac ballonné, très sonore à la percussion. Le citrate de soude, l'eau de Vichy avant la tétée ne firent rien. Les parents, trouvant ce lait coûteux, le remplacèrent par du lait bouilli, pris chez la crémillère, et l'enfant cessa de souffrir (enfant H. B., né en avril 1920).

Quelques mois après, je conseillai aussi le lait Lepelletier pour une enfant qui venait de naître, pesant 2.800 environ.

Au bout de 3 à 4 semaines, on me signala le même phénomène que précédemment : à partir de 3 heures de l'après-midi, chaque tétée était suivie d'une séance de cris d'au moins une heure, très inquiétante pour l'entourage, parce que le bébé paraissait vraiment souffrir. Là encore l'estomac, au moment de la crise, était dilaté par des gaz. On

remplacé le lait Lepelletier par du lait ordinaire bouilli, et aussitôt les digestions se firent sans cris ni souffrances (enfant S. N., née en décembre 1920).

Dans ces deux cas, le lait Lepelletier occasionnait des troubles digestifs, alors que d'habitude on l'emploie pour les faire cesser.

Chez une autre enfant, H. L., née en janvier 1921, les résultats étaient tout à fait defectueux avec le sein maternel ; l'enfant tétait trop ou trop peu, et dans l'un ou l'autre cas les selles étaient diarrhéïques ou mal digérées, et le poids restait stationnaire ou diminuait. Le lait bouilli ne fit pas mieux. En dernier ressort et poussés par quelque amie, les parents voulurent essayer le lait condensé sucré. L'enfant va bien et progresse normalement depuis.

Une autre enfant, C. M., allaitée par sa mère, subit à l'âge de 4 mois et demi une coqueluche grave qui retarda beaucoup son évolution. A 14 mois, elle ne pesait guère plus de 7 kilos.

Elle présenta à plusieurs reprises des troubles digestifs, la mère ayant dû la sevrer à un an, lui donnait du lait bouilli, de la farine lactée, des bouillies au bouillon de légumes, etc. Tout en faisant le traitement qu'on lui conseillait, la mère remplaça le lait ordinaire par du lait condensé sucré, et depuis l'enfant n'a plus eu de troubles digestifs et elle n'a pas cessé de reprendre du poids.

Je me souviens aussi d'un nourrisson de 7 à 8 mois, hospitalisé à Bretonneau parce qu'il avait des troubles digestifs et ne voulait plus rien prendre. On finit par lui faire un biberon avec du lait sec, il s'en trouva fort bien et reprit en quelques jours son appétit et son poids.

L'estomac de l'enfant paraît donc très capricieux, presque dès la naissance. Comme il n'a pas le libre choix du lait

qui lui conviendrait le mieux, il digère plus ou moins parfaitement celui qu'on lui offre.

Il en résulte probablement un vague malaise lorsque l'estomac n'étant pas absolument vide, l'enfant ingurgite un nouveau biberon. Instinctivement, il cherche à s'y soustraire en refusant son repas ou en le prenant incomplètement. Il agit, en somme, comme le neurasthénique qui arrive à réduire son alimentation parce qu'elle lui occasionne quelques troubles digestifs que son imagination exagère.

Le trouble physiologique augmentant peu à peu, au moment où l'on constate l'opportunité d'en arrêter la marche, il est impossible d'y arriver sans le gavage. Le nourrisson n'est sensible ni au raisonnement ni à la menace. On lui a imposé un aliment *unique* qui l'a incommodé, il n'en veut plus. Il refuse aussi tous ceux qui offrent le même aspect et qu'il croit doué des mêmes inconvénients. Enfin, il ne veut même pas essayer de goûter à ceux tout différents qu'on lui offre maintenant, et qui l'auraient tenté quelques semaines ou quelques mois auparavant, lorsque le trouble a débuté.

C'est certainement une faute de s'en tenir exclusivement et aveuglément à l'alimentation classique, en présence d'un nourrisson qui n'a pas un développement normal, non seulement à l'examen de la courbe de poids, mais aussi à l'examen clinique.

Au début de mes études, on m'avait enseigné que l'alimentation exclusive au sein devait être prolongée aussi longtemps que la femme avait du lait et que l'enfant prenait un peu de poids. J'ai appris et vérifié plus tard que c'était une erreur, qu'à partir d'un an le nourrisson doit recevoir en même temps que le sein, d'autres aliments, sous peine de devenir anémique.

Quant au lait de vache, le donner non stérilisé m'eût laissée dans une inquiétude constante, et cependant, pour un certain nombre d'estomacs, c'est déjà trop de le donner bouilli. Alors, quand on ne peut avoir de lait de femme, quand on ne peut faire vivre une chèvre à côté de l'enfant, quand on n'a pas près de soi une vacherie modèle qui prend les mesures nécessaires pour vous enlever le souci de la tuberculose, il reste à essayer le lait condensé et enfin les bouillies maltées ou non.

La farine lactée qui ne réussit pas à certains enfants donne des résultats parfaits chez d'autres. J'ai vu plusieurs fois des enfants en parfait état qui avaient été élevés exclusivement à la farine lactée Nestlé. Je connais une fillette qui a été nourrie uniquement à la farine Nestlé dès l'âge de 3 semaines, la mère ayant eu des abcès aux deux seins, et la livraison du lait de vache étant très aléatoire dans son quartier. Cette petite fille n'a jamais eu *aucun trouble digestif*. Sa croissance a été d'une régularité parfaite. La dentition s'est faite sans le moindre incident. Le bébé a commencé à marcher à 11 mois ; son squelette est parfait, son abdomen aussi. Le résultat, dans ce cas, a été aussi satisfaisant qu'avec une nourrice au sein.

Quand il s'agit de nourrissons ayant atteint l'âge de 10 ou 12 mois, il ne faut pas oublier qu'on peut quelquefois réveiller leur appétit en salant les bouillies au lieu de les sucrer, ou en changeant la consistance des aliments : Tel bébé ne voudra qu'une bouillie très épaisse donnée à la cuillère, tel autre ne la prendra que liquide et passant par la tétine, un autre voudra quelque chose à mastiquer et se jettera avec plaisir sur le pain ou les gâteaux secs.

---

## RÉSUMÉ — TRAITEMENT

---

L'anorexie dite « nerveuse » du nourrisson n'a aucun rapport avec l'anorexie hystérique.

Elle apparaît également distincte de l'anorexie nerveuse ou mentale de la puberté, en rapport d'ailleurs avec des troubles plus ou moins apparents de la fonction ovarienne.

L'étude détaillée des observations et des remarques qu'elles suscitent, montre que l'anorexie du nourrisson traduit l'insuffisance digestive vis-à-vis d'un aliment unique qu'on lui présente bon gré mal gré, à heure fixe, en quantité normale par rapport à son poids et à son âge.

L'intolérance étant peu bruyante, n'occasionnant ni vomissements, ni diarrhée, mais une courbe de poids plutôt paresseuse, on s'y arrête peu. Quand la courbe devient stationnaire quelque temps, ou même quand elle commence à descendre, quand le bébé réduit son alimentation d'une façon inquiétante, la persuasion armée fait suite aux invitations plus douces restées vaines, mais il est trop tard : l'anorexie est installée. Inutile de tenter l'isolement, surtout si l'enfant a perdu une fraction importante de son poids ; le gavage seul, et avec des aliments bien choisis, arrêtera le dépérissement et réveillera les fonctions stomacales.

Ce qu'il faut d'abord, c'est donc dépister l'insuffisance digestive en temps utile, en remarquant l'ascension insuffi-

sante de la courbe de poids avec l'alimentation classique, et sans trouble digestif autre que l'inappétence progressive.

Il faut immédiatement modifier l'allaitement. Dans les cas rares d'un enfant au sein, il faut faire analyser le lait de la nourrice ; si la composition chimique en est normale, il n'y a plus qu'à changer de nourrice, à moins que l'âge de l'enfant ne permette d'adjoindre aux tétées une ou deux bouillies.

Si l'enfant est au biberon, remplacer le lait stérilisé d'abord par du lait bouilli, et même par du lait cru de chèvre ou de vaches spécialement surveillées ; au besoin, l'additionner de Kymosine.

Si l'appétit n'augmente pas, si le nourrisson n'a pas encore de dents, s'il n'a pas atteint 8 mois, avant de s'adresser aux farines qui ne conviennent pas à tous les intestins, il sera bon de stimuler l'estomac par les injections sous-cutanées d'eau de mer, qui donnent des résultats si remarquables.

Si l'enfant a dépassé 8 mois, s'il a plusieurs dents, il y aura intérêt à ne pas s'en tenir exclusivement au lait, on essaiera donc, en outre, la farine lactée à l'eau, les bouillies à l'eau ou au bouillon de légumes, rendues plus digestives et plus nutritives par l'addition de Maltea Moser.

S'il a dépassé son année, on aura recours au bouillon de poulet ou de bœuf, fait frais chaque jour et conservé aseptiquement pour la journée ; on l'additionnera de farines, de tapioca. On donnera aussi la panade préparée avec des biscottes ; le jaune d'œuf ajouté à la panade ou à la bouillie, ou simplement additionné de sucre en poudre.

Il est important de gagner du temps pour atteindre l'âge où l'on peut, avec certaines précautions, permettre des aliments plus nombreux et plus variés. A partir de 20 mois, par exemple, on peut donner par petites quantités, le jus

de viande, le blanc de poulet, l'agneau finement hachés; le fromage de gruyère, le fromage de Brie, les gâteaux secs et entremets sucrés.

La bière, en petite quantité, est aussi un excitant de l'appétit. Avec ces aliments donnés d'une façon peut-être un peu prématurée, il faut surveiller les fermentations intestinales pour les combattre aussitôt. L'Aniodol rend de grands services; on l'administre en gouttes dans l'eau de boisson, pendant les repas.

Enfin, en présence d'anorexie, l'un des premiers remèdes à employer, quand on le peut, c'est le changement d'air. En menant l'enfant à la campagne ou à la mer, on peut voir l'appétit se réveiller beaucoup plus vite, surtout s'il s'agit d'un enfant qui marche et peut se dépenser en jeux toute la journée.

Si ces moyens n'ont pu être mis en œuvre en temps utile ou s'ils n'ont pas donné le résultat désiré, il faut gaver.

Buffet-Delmas employait un flacon de 450 cmc. à deux tubulures; à l'une d'elles aboutissait la sonde, à l'autre était adaptée une soufflerie qui permettait de régler le débit.

J'ai employé simplement un entonnoir en verre, muni d'un tube de caoutchouc. Un raccord en verre réunissait l'extrémité de ce tube à la sonde de Nélaton n° 20, munie d'un orifice terminal et d'un œil latéral. Une pince serrait le caoutchouc.

L'enfant était enveloppé dans un petit drap et maintenu entre les genoux d'une aide assise devant moi. La même personne, de la main droite, fixait le front, et de la main gauche maintenait l'ouvre-bouche en place.

Tout le tube étant plein de liquide, j'introduisais vivement la sonde jusqu'au trait et enlevais aussitôt la pince du caoutchouc. Je voyais de suite le liquide se déplacer dans le raccord de verre, et ensuite baisser dans l'entonnoir.

Dès que je le voyais disparaître de l'entonnoir, je pinçais fortement la sonde et l'enlevais d'un seul coup, en même temps que l'aide refermait l'ouvre-bouche et rendait immédiatement l'enfant à ses jeux.

Lorsque l'écoulement ne se produisait pas de suite ou s'arrêtait, une autre personne pinçait le caoutchouc d'une main et de l'autre aplatisait en ruban la partie sous-jacente pour y faire le vide. On employait encore ce moyen pour activer la descente d'une préparation un peu épaisse.

Il est bien entendu que tout l'appareil était porté à l'ébullition avant chaque gavage.

---

## PRONOSTIC

---

L'anorexie nerveuse du nourrisson reposant, au début, sur un trouble physiologique des fonctions stomacales, et non sur une névrose, le pronostic en devient différent.

On peut s'attendre à voir, chez ces sujets, l'appétit en défaut, dès qu'une maladie, même légère, les atteint. Il faut les surveiller particulièrement au moment de la puberté ; employer à ce moment tous les moyens hygiéniques propres à éviter l'apparition de l'anémie, susceptible de réveiller l'insuffisance digestive.

Quant aux récidives proprement dites, elles ne semblent guère à craindre. Dans les observations d'anorexie mentale survenues chez des enfants de 7 à 15 ans et au delà, je n'ai jamais lu que l'anorexie ait déjà été observée chez eux dans les premiers mois de leur existence.

Au point de vue nerveux, il ne semble pas qu'il y ait à redouter des manifestations ennuyeuses dans l'avenir.

L'enfant que j'ai observée spécialement est tout à fait posée ; elle est très remuante quand on le lui permet, mais elle reste très bien deux heures sans bouger, à écouter un concert classique.

Quant à la tare nerveuse qu'on veut extraire des antécédents héréditaires, elle se borne à des manifestations arthritiques assez générales.

## CONCLUSIONS

---

1° L'anorexie nerveuse du nourrisson doit être distinguée de l'anorexie mentale de la seconde enfance, et en particulier de celle de la puberté ;

2° Tandis que l'anorexie de la puberté semble liée à des troubles de la fonction ovarienne, l'anorexie du nourrisson serait la conséquence d'une insuffisance progressive de la capacité digestive de l'estomac, vis-à-vis de l'aliment imposé ;

3° Cette insuffisance n'étant accompagnée d'aucun symptôme douloureux, ni inquiétant, progresse sournoisement et devient presque complète ;

4° A ce moment, le dépérissement devient rapide. L'enfant refusant tout, on ne peut essayer un changement complet d'alimentation.

Le changement d'air, les injections sous-cutanées d'eau de mer peuvent être tentées.

L'isolement seul ne donne rien, contrairement à ce qui se passe pour l'anorexie de la puberté dont il est le traitement de choix.

Chez le nourrisson, quand l'anorexie est définitivement installée, le gavage est le seul remède, et il peut durer des mois ;

5° Il faut donc éviter d'en arriver à cette solution peu

pratique dans beaucoup de familles, et dépister à temps l'insuffisance digestive, pour y remédier ;

6° On peut se trouver dans l'obligation de donner à ces enfants une alimentation différente de celle qu'on prescrit habituellement à leur âge. Il faut savoir s'écarter des règles classiques tout en tenant compte des possibilités de leur appareil digestif encore jeune ;

7° Les récidives ne semblent pas à craindre : Les observations d'anorexie mentale de la seconde enfance et de la puberté ne signalent pas l'apparition antérieure de l'anorexie chez ces sujets, dans les deux premières années de leur existence.

8° L'anorexie nerveuse du nourrisson n'étant pas une névrose, le pronostic pour l'avenir n'a rien d'inquiétant au point de vue nerveux. Tout au plus peut-on craindre un réveil facile de l'inappétence en cas de maladie ou de surmenage quelconque.

Vu : *Le Président de Thèse,*  
MARFAN.

Vu : *Le Doyen,*  
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
APPELL.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- BÉHIER. — *Anorexie* (Dechambre, *Dictionnaire des Sciences médicales*).
- BOULADE-PÉRIGOIS. — *Archives de médecine des Enfants*. 1908, page 837.
- CHARCOT. BOUCHARD, BRISSAUD. — *Pathologie interne*.
- COMBY. — *Traité des maladies de l'enfance*. Page 792.
- COMBY. — *Archives de médecine des enfants*. Août 1908.
- COMBY. — *Archives de médecine des enfants*. Août 1912.
- CROZER-GRIFFITH. — *Arch. of Pediatrics*. Mai 1908.
- FORCHHEIMER. — *Arch. of Pediatrics*. Novembre 1907.
- GRANCHER, COMBY, MARFAN. — *Traité des maladies de l'enfance*.
- HUTINEL. — *Anorexie mentale*. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. 1909, page 358.
- MAGNAUX. — *Thèse* 1916. Du chimisme stomacal dans la dyspepsie de la seconde enfance.
- Dr OSTHEIMER. — *Philadelphia County Medical Society*. 13 Septembre 1905.
- Revue pratique de Biologie appliquée à la Clinique et à la Thérapeutique*, Mars 1913. Le plasma de Quinton.
- H. SURMONT. — Le traitement diététique de l'anorexie nerveuse. *La Pratique médicale française*. Décembre 1920.
- André THOMAS. — *Psychothérapie*.
- Ed. WEILL. — *Médecine infantile*.

